

# Aikuisten hammashoito suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksissa

EVA WIDSTRÖM – ANNAMARI NIHTILÄ

## Johdanto

Kansanterveyslain muutos poisti ikärajoitukset hammashoidosta ja joulukuusta 2002 lähtien ovat kaikenikäiset voineet hakeutua terveyskeskushammashoitoon. Samalla laajennettiin yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset koskemaan koko väestöä. Uudistuksen tavoitteena oli edistää väestön tasa-arvoa hoitopalvelujen saatavuudessa ja vähentää hoitokustannusten merkitystä hoitoon hakeutumisen esteenä. Tavoitteena oli myös saat-  
taa suun ja hampaiden hoito samaan asemaan muun terveydenhuollon kanssa niin, että palvelut järjestetään ja annetaan potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen perusteella.

Vaikka jo kansanterveyslakia säädettäessä tavoitteena oli luoda hammashoitoon samanlainen koko väestölle tarkoitettu peruspalvelujärjestelmä kuin muussakin terveydenhuollossa, hammashoitoa lähdettiin kehittämään erillisenä kokonaisuutena ja päähuomio kohdistettiin alkuvaiheessa lapsiin ja nuoriin. Näin terveyskeskusten suun terveydenhoitopalvelujen laajeneminen koko väestöä koskevaksi kesti noin 30 vuotta (taulukko 1). Samanaikaisesti yksityisten palvelujen käyttöä tuettiin enenevästi julkisista varoista.

Stakes on seurannut hammashoitopalvelutarjonnan kehittymistä terveyskeskuksissa 1990-luvun puolivälistä. Ennen vuosien 2000–2002 hammashoitouudistuksen voimaantuloa noin kolmannes väestöstä asui sellaisilla, useimmiten pienillä paikkakunnilla, joilla terveyskeskus tarjosi suun terveydenhoitoa kaikille ikään katsomatta. Toinen kolmannes asui kunnissa, joissa palveluja tarjottiin silloin voimassa olleen kansanterveysasetuksen mukaisesti ensisijaisesti vuonna 1956 syntyneille ja sitä nuoremmille sekä mahdollisesti vielä joihinkin erityisryhmiin kuuluvil-

le. Kolmannes väestöstä asui sellaisissa kunnissa, usein suurissa kaupungeissa, joissa suun terveydenhoito oli kunnan omalla päätöksellä rajoitettu koskemaan asetuksen suositusta nuorempia ikäryhmiä. (Widström & al. 1997.) Tämän ymmärtämiseksi on pakko palata historiaan. Lasten ja nuorten hammashoidon järjestämistä ja sen sisältöä ohjattiin ja lasten hammaskariesta seurattiin varsin yksityiskohtaisesti lääkintöhallituksen toimesta 1970- ja 1980-luvulla. Silloin käyttöön otetun ns. järjestelmällisen hammashoidon käsitteeseen sisältyivät säännöllisesti (aluksi kerran vuodessa) toistuvat tarkastukset ja kaikki tarpeelliset hoitotoimenpiteet kerran hoidon piiriin otetuille sekä terveille että sairaille. Hammassairauksien (etupäässä karieksen ja ientulehduksen) ehkäisyyn kohdennettiin paljon voimavaroja. 1970-luvulla tämä tapahtui pitkälti kollektiivisesti kouluilla harjausopetuksen ja fluoripurskuttelujen muodossa. 1980-luvulla ehkäisy muuttui yhä enemmän hoitoloissa yksilöllisesti tehtävien toimenpiteiden suuntaan. Tällaisia olivat mm. fluorilakaukset ja vastapuhjenneiden hampaiden pinnoittaminen muovilla (Kärkkäinen 1997; Helminen 2003). Myös oikomishoitoon panostettiin runsaasti. Näin ollen lasten ja nuorten hoito on vienyt jatkuvasti runsaasti resursseja, vaikka suun terveys tässä ryhmässä on ollut parhain. Hoitojen vaikuttavuuteen sen sijaan on kiinnitetty vähän huomiota ja uusin näyttöön perustuva tieto puoltaisikin suusairauksien ehkäisyn painopisteen siirtämistä hoitoloista takaisin kotioloihin. Tällöin vapautuvaa kapasiteettia voitaisiin käyttää aikuisten hoitoon. Nuorten priorisointi terveyskeskuksissa johti siihen, että aikuisväestö jäi pääosin yksityisten hammashoitopalvelujen varaan ja yksityissektorin merkitys hammashoidossa oli suurempi kuin muussa terveydenhoidossa.

**Taulukko 1. Yhteiskunnan tukeman hammashoidon kehittyminen Suomessa**

Kunnallinen hammashoito kansakoululaisille aloitettiin vuonna 1956  
Yleissairauden parantamiseksi välttämätön hammashoito sairausvakuutuskorvauksen piiriin vuodesta 1964  
Kansanterveyslaki: kunnallisen hammashoidon piiriin kuuluvien ryhmää laajennettiin ikäluokka kerrallaan nuoremmista vanhimpiin vuonna  
1972: 0–2- ja 6–12-vuotiaat  
1980: 0–18-vuotiaat  
1990: 0–32-vuotiaat  
2000: 0–44-vuotiaat  
Kela-korvaus yksityis sektorilla annettavasta hoidosta otettiin käyttöön vuonna  
1986: 0–25-vuotiaille  
2000: 0–44-vuotiaille  
Kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain muutokset vuonna 2000:  
koko väestö yhteiskunnan tukeman hoidon piiriin joulukuusta 2002

Suurin osa kunnista pystyi toteuttamaan hammashoitouudistuksen ensimmäisen vaiheen vuosina 2000–2002 eli vuonna 1946 syntyneiden ja sitä nuorempien hoidon piiriin saattamisen (Widström & al. 2004). Palvelujen järjestäminen koko väestölle ilman ikärajoituksia aiheutti kuitenkin ongelmia noin 40 terveyskeskuksessa. Pienissä kunnissa ongelmat olivat selkeästi sidoksissa yksittäisten hammaslääkäreiden työpanoksen muutoksiin. Suurimmissa kaupungeissa ongelmat näyttivät monimuotoisemmilta ja syitä niihin halettiin selvittää tarkemmin.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää suun terveydenhoitopalvelujen tarjontaa aikuisille ja siihen liittyviä tekijöitä suurissa ja keskisuurissa kaupungeissa. Tutkimus suoritettiin kymmenen suurimman ja kymmenen keskisuuren kaupungin johtavien hammaslääkäreiden puhelinhaastatteluina. Keskisuuret kaupungit valittiin maantieteellisesti eri alueilta. Puhelinhaastattelut tehtiin helmi–maaliskuussa 2004 strukturoitua haastattelumaketta apuna käyttäen. Kysymykset lähetettiin johtaville hammaslääkäreille etukäteen sähköpostitse.

Kyselyyn vastasivat kymmenen suurimman kaupungin johtavat hammaslääkärit (Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa, Turku, Oulu, Lahti, Kuopio, Jyväskylä, Pori). Kyselyyn osallistuneet keskisuuret kaupungit olivat Lappeenranta, Mikeli, Vaasa, Joensuu, Hämeenlinna, Porvoo, Rauma, Kajaani, Rovaniemi ja Kokkola. Tutkimukseen osallistuneiden kaupunkien yhteenlaskettu väestö oli noin 2 250 000 henkilöä (taulukko 2).

Haastattelu kesti noin 45 minuuttia. Haastatelluista johtavista hammaslääkäreistä 70 prosenttia oli miehiä. Haastattelutietoja täydennettiin Stakesin erilliselvytystilastoilla ja Kelan tilastoilla.

**Kiireellisen hammashoidon tarjonta parantunut**

Johtavien hammaslääkäreiden mukaan kiireellistä hoitoa oli tarjolla samana päivänä maanantaista perjantaihin kaikissa kymmenessä suurimmassa kaupungissa. Kiireellisen hoidon määrittely koettiin vaikeaksi ja siinä oli suuria eroja kaupunkien välillä. Useimmissa kaupungeissa akuuttia hoitoa tarvitsevat potilaat pyrittiin seulomaan ajanvarauksessa. Joissakin kaupungeissa ajanvaraus käytti kysymyspatteristoa, jonka perusteella potilaan hoidon tarve arvioitiin. Tällöin kiireellisen hoidon piiriin sisällytettiin särky- ja tapaturmapotilaat sekä sellaiset potilaat, joilla oli akuuttiin infektiin viittaavia oireita suun alueella. Joissain kaupungeissa potilaan itse kokema tarve riitti ensiapukäynnin syyksi. Esimerkiksi Lahdessa oli järjestetty päivystys arkipäivisin klo 12.00:sta klo 18.00:aan ja potilaan tarvitsi vain ilmoittautua.

Viikonloppu- ja arkipyhäpäivystystä oli järjestetty kunnan toimesta kahdeksassa kymmenestä suurimmasta kaupungista kaupungin omissa hammashoitoloissa tai sairaaloissa. Ainoastaan yksityishammaslääkäripäivystyksen varassa viikonloppuisin olivat Oulu ja Pori. Helsingissä kaupungin terveyskeskuksen järjestämän päivystyksen rinnalla käytettiin apuna sekä arkisin että viikonloppuisin yksityishammaslääkäreitä ostopalvelusopimuksilla. Muissa kaupungeissa yksityis palvelut täydensivät kunnan palveluja. Oulussa suunniteltiin siirtymistä joko kaupungin itse järjestämään päivystykseen tai päivystystoiminnan ostoa yksityis sektorilta riippuen tarjouskilpailun tuloksista keväällä 2004.

Myös kaikissa tutkimukseen osallistuneissa keskisuurissa kaupungeissa kiireelliseen hoitoon pääsi samana päivänä maanantaista perjantaihin. Viikonloppupäivystystä oli järjestetty kaikissa muissa kaupungeissa paitsi Kajaanissa ja Joensuussa. Rovaniemellä toimi viikonloppuisin ainoastaan terveyskeskuslääkäripäivystys, josta tarvittaessa hälytettiin hammaslääkäri paikalle. Yhteistyössä yksityisten hammaslääkärien kanssa viikonloppupäivystys oli järjestetty Kajaanissa ja Porvoossa. Porvoossa yksityishammaslääkärien viikonloppu-

**Taulukko 2. Aikuisten mahdollisuudet päästä terveyskeskushammashoitoon suurissa ja keskisuurissa kaupungeissa helmikuussa 2004 ja lisäykset henkilökunnassa johtavien hammaslääkärien mukaan**

	Asukasluvu <sup>1</sup> 31.12.2002	Hoitoon pääsi ajanvarauksella <sup>2</sup>	Otettiin jonotus- listalle <sup>3</sup>	Hoitoaikoja jaettiin satunnaisesti <sup>4</sup>	Henkilöstöä lisätty 2001–2003 hammas- lääkärit	hammas- huoltajat
Helsinki	559 330		x		25	10
Espoo	224 231			x	23	7
Tampere	200 966			x	7	7
Vantaa	184 039	x			16	5
Turku	175 059		x		0	0
Oulu	125 928		x		10	1
Lahti	98 253		x		0	2
Kuopio	88 250		x		-0,7	4
Jyväskylä	82 409				0	0
Pori	76 189	x			3	3
Porvoo	46 216		x		3	1
Lappeenranta	58 897		x		0	0
Vaasa	56 953	x			2	0
Joensuu	52 659		x		0,5	1
Hämeenlinna	46 909			x	1	0
Mikkeli	46 511	x			0	1
Rauma	36 869	x			0	5
Kajaani	35 713		x		0	1
Kokkola	35 756	x			0	1
Rovaniemi	35 081		x		1	0
Yhteensä	2 266 218	6	10	3	90,8	49

<sup>1</sup>Asukasluvut Tilastokeskuksesta.  
<sup>2</sup>Hoitoaika annettiin puhelimitse.  
<sup>3</sup>Potilat asetettiin jonoon, josta hoitohenkilökunta kutsui hoitoon.  
<sup>4</sup>Aikoja annettiin puhelimitse joinakin tiettyinä aikoina.

päivystyksen kerrottiin loppuvan maaliskuussa 2004, josta lähtien oli tarkoitus, että terveyskeskushammaslääkärit ryhtyisivät päivystämään sekä lauantaisin että sunnuntaisin.

## Muun hoidon tarjonnassa ongelmia

Suurissa kaupungeissa muun kuin kiireellisen hoidon tarjonta vaihteli suuresti (taulukko 2).

Hoitojonoon asettaminen oli tavallista sekä suurimmissa että keskisuurissa kaupungeissa. Helsingissä oli ollut potilassulku kesäkuusta marraskuun lopulle 2003, jolloin oireettomia terveitä aikuisia ei otettu jonoon lainkaan. Jonojen pituudet vaihtelivat suuresti: Helsingissä jono oli tutkimushetkellä yli 7 000, Lahdessa noin 4 000, Turussa noin 3 700, Oulussa noin 1 200 ja Kuopiossa noin 600 henkilöä. Kuopiossa oli käytössä erikoinen kahden jonon järjestelmä: nopeutettu jono niille, joilla alustavassa seulontatarkastuksessa oli todettu selkeää mutta ei kiireellistä hoidon tarvetta, sekä ”ikuisuusjono” muille hoitoon haluaville. Nopeutetusta jonosta pääsi hoitoon noin

kolmen kuukauden sisällä, toista jonoa ei käytännössä pystytty purkamaan. Porissa ja Vantaalla hoitoon pääsi noin 4–12 viikossa.

Espoossa annettiin hoitoaikoja vain silloin, kun vapaita aikoja löytyi kahden kuukauden sisällä. Jos kuntalaiselle ei voitu tarjota hoitoaikaa Espoon terveyskeskuksissa, hänet ohjattiin yksityissektorille tai häntä pyydettiin soittamaan myöhemmin uudestaan. Tampereella hoitoaikoja annettiin kolmen viikon jaksoissa, joten tarkkaa tietoa hoidon saatavuudesta ei ollut. Sekä Espoossa että Tampereella suunniteltiin siirtymistä jonotuslistan käyttöön. Lahdessa hammashuoltajat (suuhygienistit) purkivat potilasjonoa arvioimalla hoidon tarvetta, ottamalla röntgenkuvia, puhdistamalla hammaskiveä ja antamalla potilaille kotihoitoa ohjausta ja valistusta. Muissa kaupungeissa potilasjonoja purettiin sitä mukaa kuin uusia hoitoaikoja hammaslääkäreille vapautui. Helsingissä oli käytössä tietokoneohjelma, jossa ajan varaajan oli mahdollista valita vaihtoehtot: oman alueen hammashoitola tai kaupungin kaikki hoitolat. Mikäli hän valitsi kaikki hammashoitolat -vaihtoehdon, hoitoon pääsy nopeutui. Es-

poo oli jaettu viiteen eri alueeseen ja alueelliset erot aikuisväestön hoitoon pääsyssä olivat suuria. Vastaavasti Länsi-Vantaalla hoitoajan sai noin kuukauden sisällä, mutta Itä-Vantaalla sitä joutui odottamaan 2–3 kuukautta. Porissa eroja eri toimipisteiden välillä oli pyritty pienentämään ohjaamalla hammashuoltajia työskentelemään ruuhkaisimmilla vastaanotoilla.

Ainoastaan Tampereella, Oulussa ja Vantaalla johtavat hammaslääkärit arvioivat hoitoon pääsyn parantuneen kesäkuusta 2003. Aikuisväestön parantunut hoitoon pääsy Tampereella johtui os-topalveluista. Jonojen pitenemisen takia hoitoon pääsy oli huonontunut Lahdessa ja Helsingissä.

Keskisuurissa kaupungeissa jonot olivat lyhyempiä: Rovaniemellä 200, Lappeenrannassa 581, Porvoossa noin 500, Kajaanissa noin 550 ja Joensuussa 1 000 henkilöä. Rovaniemellä oli päätetty purkaa koko jono keväällä 2004 lähettämällä jonossa olleille kehoitus varata aika tarkastukseen tietyn ajan kuluessa. Hoidon tarve määriteltiin vastaanottokäynnillä ennen jonoa asettamista Lappeenrannassa, Joensuussa ja Porvoossa. Joensuussa hoidontarvetta määrittivät sekä hammaslääkärit että hammashuoltajat. Mikäli potilaalla todettiin selvää hoidontarvetta, jonotusaika Joensuussa oli alle 12 viikkoa. Muiden jonotusaika oli noin 1 vuosi. Porvoossa hoidon arviointiin sai ajan noin kahdessa viikossa. Helmikuussa 2004 Porvoossa ei kuitenkaan pystytty purkamaan jonoa työvoimapulan vuoksi. Lappeenrannassa hoitoon pääsi noin 11 kuukaudessa ja Kajaanissa noin 3–4 kuukaudessa. Hämeenlinnassa priorisoitiin terveyskeskuksen hammashoitoloiden entisiä potilaita muuhun väestöön nähden ja se vaikeutti uusien potilaiden hoitoon pääsyä. Uusia hoitoaikoja tarjottiin noin kolmen kuukauden välein. Ajankohdasta tiedotettiin Hämeen Sanomissa.

Muissa kyselyyn osallistuneissa keskisuurissa kaupungeissa hoitoon pääsi 4–8 viikossa. Suurin osa keskisuurten kaupunkien johtavista hammaslääkäreistä arvioi, ettei suuria muutoksia ole tulossa aikuisväestön hoitoon. Porvoossa arveltiin tilanteen paranevan syksyllä, kun hammaslääkärin virat saadaan täytettyä. Rovaniemellä odotettiin terveyslautakunnan uusia ohjeita väestön suun terveydenhoidon järjestämiseksi.

### **Uusia suuritöisiä potilaita**

Haastatellut olivat varsin yksimielisiä siitä, että

terveyskeskusten potilasaineisto oli muuttunut hammashoitouudistuksen käynnistämisen jälkeen. Hoitoon hakeutuvilla uusilla aikuispotilailla oli heidän mukaansa todettu paljon hoidontarvetta. Myös akuuttihoitoa tarvitsevien määrä oli kasvanut. Uskottiin myös, että potilaita olisi siirtynyt terveyskeskuksiin yksityispuolelta. Suurituloisimmat potilaat olivat kuitenkin usean vastaajan mukaan sellaisia, jotka eivät olleet moneen vuoteen käyneet hammashoidossa. Niissä keskisuurissa kaupungeissa, joissa oli aikaisemminkin pystytty tarjoamaan hoitoa koko väestölle, ei muutoksia ollut havaittu. Tilastoluvut vuoden 2003 hoitokäynneistä eivät vielä olleet johtavien hammaslääkärien tiedossa haastatteluja tehtäessä. Oulussa tiedettiin, että ennen hammashoitouudistusta hoidetuista potilaista 70 prosenttia oli ollut lapsia ja nuoria ja 30 prosenttia aikuisväestöstä. Uudistuksen jälkeen aikuispotilaiden osuus oli noussut noin 50 prosenttiin.

### **Henkilökuntaa lisätty**

Useimmissa suurissa kaupungeissa oli palkattu lisää hammaslääkäreitä ja hammashuoltajia (taulukko 2) ja luonnollisesti myös hammashoitajia. Lahdessa oli laman aikana jäädytettyihin virkoihin palkattu hammaslääkäreitä. Kuopiossa terveyskeskushammaslääkäreiden henkilötyövuodet olivat hieman vähentyneet. Toisaalta hammaslääkärin osa-aikatyö oli monien johtavien hammaslääkärin mukaan lisääntynyt ”epidemian laila”. Myös osa-aikaeläkkeelle siirtyminen oli suosittua vanhempien hammaslääkärin kohdalla. Tämä koettiin ongelmalliseksi organisaation kannalta. Sijaisia oli vaikea löytää. Johtavat hammaslääkärit kokivat myös, että osa-aikatyö vähensi hammaslääkärin sitoutumista työhön. Sekä yksityisinä että terveyskeskuksissa toimivien hammaslääkärin sitoutuminen väestövastuujatteleluun mietitytti. Ainoastaan Helsingissä osa-aikatyöhön suhtauduttiin positiivisesti ja johtava hammaslääkäri totesi, että osa-aikatyön avulla työpisteet olivat tehokkaassa käytössä, joskin kapasiteetti oli riittämätön vastaamaan kysyntään.

### **Työnjako ja tarjontapuolen kannusteet**

Helsingin, Vantaan, Tampereen, Oulun, Kuopion, Lahden ja Porin johtavat hammaslääkärit

ilmoittivat, että hammaslääkäreiden ja hammas-  
huoltajien työnjaossa oli tehty muutoksia, jotta  
pystyttäisiin paremmin hoitamaan aikuisväestöä.  
Hammashuoltajien vastuualueita oli laajennettu  
erityisesti alle kouluikäisten lasten hoidossa ja  
Lahdessa myös aikuisväestön hoidon tarpeen  
määrittämisessä. Turussa ja Espoossa työnjakoon  
suunniteltiin samansuuntaisia muutoksia. Jyvä-  
skylässä työnjakoa oli muutettu jo aikaisemmin.  
Siellä alle kouluikäiset lapset kävivät pääsääntöi-  
sesti hammashuoltajien vastaanotolla, samoin  
uudet aikuispotilaat ohjattiin ensin heille.

Lahdessa 1-vuotiaiden vanhemmille järjestet-  
tiin hammashuoltajien pitämä terveyskasvatus-  
käynti ryhmissä ja tähän käytäntöön oltiin tyyty-  
väisiä. Vantaalla hammashuoltajat tekivät terve-  
ystarkastuksia 9–10- ja 13–14-vuotiaille koulu-  
laisille sekä vastasivat alle kouluikäisten terveys-  
tarkastuksista. Vantaan hoito-ohjelman mukaan  
alle 18-vuotiaat kävivät neljä kertaa (7–8-vuotiai-  
na, 11–12-vuotiaina, 15–16-vuotiaina sekä 17–  
18-vuotiaina) hammaslääkärin tutkimuksessa.  
Hoito-ohjelmat toimivat työn organisoinnin raa-  
meina. Kaikissa tutkimukseen osallistuneissa kau-  
pungeissa suunniteltiin ja toteutettiin ns. riski-  
potilaiden hoidot yksilöllisen tarpeen perusteella.  
Myös keskisuurissa kaupungeissa oli pyritty ke-  
hittämään työnjakoa resurssien rajoissa. Näistä  
viidessä kaupungissa (Mikkeli, Porvoo, Lappeen-  
ranta, Kokkola, Rauma) kaikki alle kouluikäiset  
pyrittiin ohjaamaan terveystarkastuksiin ham-  
mashuoltajille.

Työnjaon edelleen kehittäminen sekä palkitse-  
misjärjestelmien muuttaminen uskottiin tehok-  
kaimmiksi keinoiksi parantaa aikuisväestön hoi-  
don saatavuutta. Hammaslääkärien virkaehto-  
sopimukseen perustuvaan toimenpidepalkkiojär-  
jestelmään toivottiin uudistuksia, jotka motivoi-  
sivat hammaslääkäreitä aikuisväestön hoitoon se-  
kä akuuttihoitoon. Useat johtavat hammaslääkä-  
rit ottivat esille toimenpidepalkkioiden ohjaaman  
terveiden lasten ”tarkastusruletin”, jota pitäisi pyr-  
kiä vähentämään. Palkkiorakenteessa tulisi vas-  
taajien mukaan ottaa paremmin huomioon väes-  
tövastuun periaate. Hammaslääkäreille suunnat-  
tuja henkilökohtaisia työn vaativuuteen liittyviä  
palkanlisäjä pidettiin hyvänä kannustimena. Joh-  
tavat hammaslääkärit katsoivat tärkeäksi, että työ-  
parina toimimista tuettaisiin myös hammashoita-  
jille suunnatulla kannustavalla palkkauksella.  
Osassa kaupungeista oli käytössä koko henkilö-  
kunnan tulospalkkiojärjestelmä ja osassa suunni-

teltiin järjestelmän käyttöön ottamista. Oulussa  
tulospalkkiojärjestelmää oli kokeiltu kahdella alu-  
eella hyvin tuloksin.

## **Toimintatilastot osoittavat muutoksen alkaneen**

Stakesin erilliselvitysten (Widström & Erkinan-  
ti 2002; Suun ..., 2004) mukaan aikuisten hoito  
suurten kaupunkien terveyskeskushammashoidon  
potilaista on selvästi kasvanut (taulukko 3). Vuon-  
na 2003 noin puolet hoidetuista oli aikuisia. Suu-  
rin aikuispotilaiden osuus oli Raumalla (63 %) ja  
alhaisin Lappeenrannassa (40 %). Tilastot eivät  
kuitenkaan kerro, kuinka suuri osa potilaista on  
uusia ja kuinka suuri osa ennenkin terveyskes-  
kuksessa käyneitä.

Kuntatilastojen mukaan terveyskeskuksissa oli  
vuonna 2002 hoidettu 1 815 000 hammashoito-  
potilasta. Sairasvakuutuskorvauksiin oikeuttavia  
hammashoidon ns. peruspalveluita oli yksityis-  
sektorilla käyttänyt 1 015 000 henkilöä vuonna  
2003. Koska kyseisenä vuonna kaikki ikäryhmät  
olivat ensimmäisen kerran tuen piirissä, korvauk-  
sen saajien kokonaismäärä saatiin ensi kerran nä-  
kyviin ja tästä johtuen korvauksen saajien määrä  
kasvoi 44 prosenttia vuoteen 2002 verrattuna.  
Koko väestöstä noin viidesosa (19,4 %) sai ham-  
mashoidon Kela-korvauksia. Suurista kaupun-  
geista eniten korvauksen saajia oli Espoossa (34,0  
%) ja vähiten Jyväskylässä (23,3 %) (taulukko 4).  
Keskisuurissa kaupungeissa vaihtelu oli suurem-  
paa: Lappeenrannassa korvausta sai 35,7 prosent-  
tia aikuisväestöstä ja Kokkolassa 14,2 prosenttia.  
Terveyskeskuksissa hampaiden ja suun hoitoa saa-  
neiden aikuisten osuus vaihteli Rovaniemen 11,3  
prosentista Rauman 29,7 prosenttiin. Yhteiskun-  
nan tukemaa hammashoitoa oli suurissa kaupun-  
geissa voinut käyttää lähes puolet aikuisväestöstä.  
Terveyskeskusten ja yksityissektorin roolit aikuis-  
hammashoito- ja palvelujen tuottajina vaihtelivat  
kaupungeittain.

## **Pohdinta**

Tutkimuksemme osoitti, että hammashoito-  
uudistus oli aiheuttanut muutoksia kaikkien suur-  
ten kaupunkien terveyskeskuksissa. Kiireellisen  
hammashoidon palvelut koko väestölle oli saatu  
järjestettyä normaaleina työpäivinä. Viikonlop-

*Taulukko 3. Aikuisten osuudet kaikista suurten kaupunkien terveyskeskuksissa hammashoitoa saaneista potilaista vuosina 2000 ja 2003 Stakesin erillisselvitysten mukaan, %*

	Aikuisten osuus hoidetuista 2000, %	2003, %
Espoo	36,2	45,0
Helsinki	45,4	54,9
Jyväskylä	57,2	61,9
Kuopio	46,2	48,0
Lahti	41,3	47,0
Oulu	32,2	49,5
Pori	35,8	47,3
Tampere	34,0	48,0
Turku	46,8	47,7
Vantaa	*	51,5
Hämeenlinna	*	52,3
Joensuu	33,6	51,9
Kajaani	37,7	45,4
Kokkola	52,1	57,1
Lappeenranta	27,5	40,4
Mikkeli	41,9	56,1
Porvoo	45,6	*
Rauma	54,4	63,1
Rovaniemi	34,0	41,5
Vaasa	40,3	53,8

\*Tietoja ei ole saatu.

*Taulukko 4. Vuonna 2003 terveyskeskushammashoidossa käyneiden aikuisten osuudet kyseisten kaupunkien aikuisväestöstä ja yksityisistä palveluista Kela-korvauksia saaneiden aikuisten osuudet väestöstä Stakesin erillisselvityksen ja Kelan tilastojen mukaan, %*

	Terveyskeskusten aikuispotilaiden osuus aikuis- väestöstä, %	Subventoituja yksityispalve- luja käyttä- neiden aikuis- ten väestö- osuus, %	Yh- teensä %
Helsinki	16,6	29,7	46,3
Espoo	16,2	34,0	50,2
Tampere	15,6	32,6	48,2
Vantaa	21,7	28,1	49,8
Turku	12,8	33,3	46,1
Oulu	17,7	24,4	42,1
Lahti	18,0	30,6	48,6
Kuopio	17,4	27,7	45,1
Jyväskylä	23,8	23,3	47,1
Pori	16,6	31,5	48,1
Lappeenranta	11,8	35,7	47,5
Vaasa	22,7	26,4	49,1
Joensuu	18,7	24,8	43,5
Hämeenlinna	22,1	27,3	49,4
Mikkeli	20,2	30,9	51,1
Porvoo	*	29,8	*
Rauma	29,7	22,8	52,5
Kajaani	17,2	26,7	43,9
Rovaniemi	11,3	26,7	38,0
Kokkola	23,5	14,2	37,7

\*Erillisselvitystietoja ei ole saatu.

pujen päivystysjärjestelyt sen sijaan vielä kanger-  
telivat, vaikka eduskunnan oikeusasiamies on  
kannanotoissaan nostanut kiireellisen hammas-  
hoidon palvelut perusoikeuksiin verrattavaksi  
välttämättömyydeksi. Hän ei myöskään ole pitä-  
nyt yksityissektorille ohjaamista ilman kunnan  
osallistumista perittäviin maksuihin lain hengen  
mukaisena vaihtoehtona. Näin kuitenkin vielä  
meneteltiin joillakin paikkakunnilla. Eduskun-  
nan oikeusasiamies on todennut lausunnossaan  
(2004) Kuopion tilanteesta, että kuntien on huo-  
lehdittava siitä, että hammashuollon palvelut vas-  
taavat määrältään ja laadultaan lakien edellyttä-  
mää tasoa ja että ne ovat myös käytännössä yh-  
denvertaisesti ihmisten saatavilla.

Ei-kiireellisen ”tavallisen hammashoidon” jär-  
jestäminen tuotti vaikeuksia useissa kaupungeissa.  
Yksi syy vaikeuksiin on luultavasti se, että ter-  
veyskeskusten hammashoitohenkilöstö aikoinaan  
mitoitettiin ensisijaisesti vain lasten ja nuorten  
hoitoa varten. Tämä johtui suurten kaupunkien  
runsaasta yksityisestä palvelutarjonnasta; yli puo-  
let yksityishammaslääkäreistä ja 35 prosenttia vä-  
estöstä asuu 10 suurimmassa kaupungissa. Myös  
pitkä perinne keskittyä lasten ja nuorten hoitoon  
on uudessa tilanteessa aiheuttanut priorisointi-  
ongelmia – ja ehkä myös osaamisongelmia. Poti-  
laiden priorisointi hoidontarpeen pohjalta on  
osoittautunut vaikeaksi, vaikka ”vaikeasti sairaan  
hoitamisen ennen terveen terveystarkastusta” tu-  
lisi olla itsestään selvää. Käypä hoito -ohjeita tar-  
vittaisiin hammashoidossa kipeästi. Myös profes-  
sion tärkeänä pitämä ”oma hammaslääkäri” -ajat-  
telu voi vaikeuttaa uusien potilaiden hoitoon pää-  
syä ja aiheuttaa tunnollisesti itsestään huolehtivil-  
le hyvähampaisille ylihoidon riskin erityisesti sil-  
loin, kun muut tarjontapuolen kannusteet toimi-  
vat niin, että tuloihin ei vaikuta hoidossa olevien  
määrä vaan pikemminkin yksittäisten toimen-  
piteiden määrä. Tiedon epäsuhta hammaslääkärin  
ja potilaan välillä vähentää potilaan mahdolli-  
suuksia arvioida hoidontarvetta.

Johtavien hammaslääkärien arvio siitä, että hoi-  
toon olisi hakeutunut aikuisväestöä, jolla oli to-  
dettu paljon hoidon tarvetta, kun se on ollut vuo-  
sia ilman asianmukaista hammashoitoa, viittaisi  
siihen, että lakiuudistuksella on saatu aikaisem-  
min hoidon ulkopuolella ollutta väestöä hoidon  
piiriin. Stakesin erillisselvitysten mukaan aikuis-  
väestön osuus terveyskeskushammashoidon poti-  
laista oli kasvanut tutkimukseen osallistuneissa  
kaupungeissa. Väestön näkökulmasta kertovia



haastattelututkimustuloksia ei hammashoito-uudistuksen toteutumisesta ja hoidon koetusta saatavuudesta vielä ollut käytettävissä. Tilastot eivät myöskään kerro, miten hoidontarve ja annetun hoito kohtasivat.

Osassa tutkimukseen osallistuneista kaupungeista oli suun terveydenhuoltohenkilökunnan resurssien lisäys ollut huomattava vuosina 2000–2003. Tämän lisäyksen myötä suun terveydenhuollossa henkilöstövoimavarat nousivat lamaa edeltäneelle tasolle. Vaikka työnjaon mahdollisuuksista on puhuttu pitkään, uusia hammaslääkäreiden virkoja perustettiin selvästi enemmän kuin uusia hammashuoltajien virkoja. Kulloinkin optimaalinen hammaslääkäri–hammashuoltajasuhde riippuu monista tekijöistä. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta käynnistettyyn suun terveydenhuollon kehittämisprojektiin osallistuneissa terveyskeskuksissa selvitettiin hammashuollossa tehtyjä toimenpiteitä vuonna 1998 (Läärä & al. 2000). Sen mukaan lähes puolet (48 %) hammaslääkäreiden tekemistä hoitotoimenpiteistä oli vaativuudeltaan vähäisiä tai kestoiltaan lyhyitä. Osa näistä toimenpiteistä olisi todennäköisesti voitu hyvin delegoida hammashuoltajille – ja osa ehkä jopa potilaille kotona tehtäväksi. Hammashuoltajien käyttö lasten ja nuorten hoidossa näyttäisi hieman lisääntyneen, mutta meillä hammashuoltajat tekevät edelleen vähemmän hoitotoimenpiteitä aikuisille kuin esimerkiksi Ruotsissa. Osassa tutkimukseen osallistuneista kaupungeista ostopalvelut lisäsivät resursseja. Ostopalvelujen rooleihin ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan paneuduttu syvällisemmin.

Hammaslääkäreiden lisääntynyt osa-aikatyönteke aiheutti johtavien hammaslääkärien mukaan ongelmia terveyskeskuksissa. Hammaslääkäriliiton tilastojen mukaan kesäkuussa 2004 Suomessa oli 4 647 työssä käyvää hammaslääkärinä. Tilastokeskuksen mukaan kymmenen viime vuoden aikana hammaslääkäreiden keski-ikä on noussut miehillä 39,5 vuodesta 45,5 vuoteen ja naisilla 39,4 vuodesta 44,4 vuoteen. Osa-aikatyö on myös lisääntynyt kaikissa ikäluokissa ja ammattikunnan naisvaltaisuus (65 % naisia) lienee osasy syy tilanteeseen.

Uudistukset ja suuret muutokset koetaan yleensä stressaaviksi. Hammaslääkärien työssä jaksamisessa oli eroja tutkimuspaikkakuntien välillä. Osassa niistä hammaslääkärit pitivät työtään pakotahhtisena ja kokivat, ettei työn määrään voinut vaikuttaa. Kiireenpoistoa ja työn ”rauhottamista” pidettiin tärkeinä. Uskottiin, että toimintatapojen

selkeä ohjeistus lisäisi työssä viihtyvyyttä. Useimmissa kaupungeissa johtavat hammaslääkärit kuitenkin kokivat, että henkilökunta oli motivoitunut ja suhtautui uudistukseen myönteisesti. Hammaslääkäriliiton äskettäin teettämässä hammaslääkäreiden työhyvinvointia koskevassa tutkimuksessa (Hakanen 2004) julkisen sektorin hammaslääkäreistä 80 prosenttia suhtautui hammashoitouudistukseen melko tai erittäin myönteisesti. Tutkimuksen toteuttamisajankohtana 52 prosenttia julkisen sektorin hammaslääkäreistä arvioi palvelujen kysynnän lisääntyneen paljon ja lähes yhtä moni (47 %) kiireellisen hoidon lisääntyneen paljon. Kolme neljästä hammaslääkäristä oli sitä mieltä, että hammaslääkäriin työ vaati erittäin kovaa työntekoa kummallakin sektorilla, mutta työn määrällinen kuormittavuus koettiin suuremmaksi julkisella sektorilla kuin yksityisellä. Julkinen sektori näyttääkin tällä hetkellä hoitavan hammaslääkärinä kohti enemmän potilaita kuin yksityinen sektori. Hoitojen vaikeudesta ei kuitenkaan ole tietoja.

Hammashoitouudistus on tuonut – ainakin teoriassa – aivan uudenlaisen kilpailuasetelman hammashuoltoon. Mitä hyötyä siitä on palvelujen käyttäjille tai miten se vaikuttaa sektoreitten asemaan ja hammashoitohenkilökunnan työtilanteeseen tai hammashoidon kustannuksiin, selvinnee lähivuosien kuluessa. Myös kansainvälisestä näkökulmasta toteutettu uudistus on mielenkiintoinen; onhan viime vuosina yleinen trendi Euroopassa ollut pikemminkin hammashoitopalvelujen yksityistäminen ja yksityisesti hankittavien vakuutus-ten käyttöönoton kannustaminen kuin yhteiskunnan tuen lisääminen. Voimmekin olla varmoja siitä, että uudistuksen vaikutuksista ollaan kiinnostuneita myös maamme rajojen ulkopuolella.

Johtavat hammaslääkärit suhtautuivat puhelinhaastatteluun positiivisesti ja keskustelivat mielellään hammashoitouudistuksen tuomista uusista haasteista. Uudistuksen toteuttamisen vauhdittamiseksi olisi toivottu korvamerkittyä rahaa henkilökunnan koulutukseen. Koulutuksella olisi haluttu yhdenmukaistaa hoitokäytäntöjä ja painottaa väestövastuujattelua ja tätä kautta parantaa aikuisväestön hoidon saatavuutta, jotta se toteutuisi nykyistä tasapuolisemmin eri kaupungeissa. Varsinaisen suuren haasteen, hoitoon pääsyn turvaamisen, toteuttamisesta johtavat hammaslääkärit olivat huolissaan, koska tähänastiaakaan uudistuksia ei ollut saatu vielä täysin toteutettua.

## TIIVISTELMÄ

*Eeva Widström & Annamari Nihtilä: Aikuisten hammashoito suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksissa*

Vuoden 2004 alkupuolella tehty 10 suurimman ja 10 keskisuuren kaupungin terveyskeskusten johtavan hammaslääkärin puhelinhaastattelu osoitti, ettei vuoden 2002 lopussa voimaan tullutta, ikärajat terveyskeskusten hammashoidosta poistanutta kansanterveyslain muutosta vielä ollut pystytty toteuttamaan läheskään kaikilla tutkimuksen kohteena olleilla isoilla paikkakunnilla ja ettei koko väestölle pystytty tarjoamaan muuta kuin kiireellistä hammashoitoa. Vaikka päivystysluonteista hoitoa oli varmimmin saatavilla vain arkipäivinä, tämäkin oli selvää palvelujen paranemista verrattuna tilanteeseen ennen hammashoitouudistusta. Vain kaksi suurta ja neljä keskisuurta kaupunkia antoi uusille potilaille hoitoaikoja puhelimitse; useimmissa uudet hoitoon hakeutijat laitettiin jonoon. Parissa kaupungissa jaettiin uusille potilaille hoitoaikoja satunnaisesti.

Vaikka hammashoidon työvoimaa oli kaupungeissa lisätty, hoidon kysyntään ei vielä kukaan pystytty vastaa-

maan. Osasyynä tähän haastatellut johtavat hammaslääkärit pitivät lisääntyneenä osa-aikatyötä. Hammaslääkärien, hammashuoltajien (suuhygienistien) ja hammashoitajien keskinäisen työnjaon ja palkitsemisjärjestelmän kehittämistä aikuishoitoa ja päivystystyötä kannustavammasi pidettiin tärkeänä keinona toimintamuutosten aikaansaamiseksi. Uusien vaatimusten mukainen hoidettavien priorisointi hoidontarpeen mukaan eikä enää iän tai johonkin erityisryhmään kuulumisen perusteella tuotti monissa terveyskeskuksissa vaikeuksia.

Toimintatilastojen mukaan aikuisten hoito oli lisääntynyt kaikissa kaupungeissa. Karkeasti arvioiden noin kolmannes suurimpien ja keskisuurten kaupunkien aikuisväestöstä oli vuoden 2003 aikana käyttänyt Kelan subventoimia yksityishammaslääkäripalveluita ja noin viidennes terveyskeskusten järjestämää hammashoitoa. Kuitenkin aikuisväestön hammashoitopalvelujen kokonaiskäyttöaste jäi vielä huomattavasti vähäisemmäksi kuin muissa Pohjoismaissa. Terveyskeskusten merkitys aikuisten hammashoitopalvelujen tuottajina on perinteisesti yksityissektorin reviirinä pidetyissä suurissa kaupungeissa selvästi kasvanut.

## KIRJALLISUUS

- EDUSKUNNAN OIKEUSASIAMIEHEN RATKAISU 1044/4/2002. Hammashuollon järjestäminen Kuopion kaupungissa. Helsinki 2004
- HAKANEN, JARI: Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa. Helsinki: Työterveyslaitos, 2004
- HELMINEN, SEPPO: Long term change in dental prevention and check-up intervals in public dental service in Helsinki, Finland. Thesis. Helsinki: Yliopistopaino, 2003.
- KÄRKKÄINEN, SAKARI: Kariuksen ehkäisykäytäntö Suomessa 1990-luvun alussa. Väitöskirja. Oulu: Yliopistopaino, 1997
- LÄÄRÄ, MATTI & WIDSTRÖM, EEVA & MATTELMÄKI, ULLA & MERILÄINEN, TUOMO: Hoitotoimenpiteet terveyskeskusten hammashuollossa. Monisteita

2000: 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2000

- SUUN TERVEYDENHUOLLON ERILLISSELVITYS VUODELTA 2003. Käsikirjoitus. Stakes, 2004
- WIDSTRÖM, EEVA & ERKINANTTI, JAN: Erillisselvitys suun terveydenhuollon kustannuksista ja tuotoksista terveyskeskuksissa vuonna 2000. Aiheita 11/2002. Helsinki: Stakes, 2002
- WIDSTRÖM, EEVA & PIETILÄ, ILPO & ERKINANTTI, JAN: Hammashoitouudistuksen toteutuminen terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 59 (2004): 9, 937–941
- WIDSTRÖM, EEVA & UTRIAINEN, PEKKA & PIETILÄ, ILPO: Suun terveydenhuollon palvelutarjonta terveyskeskuksissa vuonna 1996. Aiheita 12/1997. Helsinki: Stakes, 1997.